

# Helsedirektoratets brukerråd #3/2024 – Referat

Møteleder: Jon Kirknes

Dato: 25.09.2024 kl. 10.00 – 14.30

Referenter: Anne Hartvedt, Bjørnar Allgot, Karin Yan Kallevik

Til stede: Se siste side

## DAGSORDEN

10.00 Velkommen v/ Jon Kirknes

10.05 Informasjon fra Helsedirektoratet v/ Olav Valen Slåttebrekk

10.20 Sak 11/24 –Drøftingssak: Filming, lydopptak mm. i helse- og omsorgstjenesten

11.05 Pause

11.20 Sak 12/2 – Drøftingssak: Felles metode for kartlegging av funksjonsnivå/skrøpeligheit

12.05 Lunsj

12.35 Sak 13/24 – Drøftingssak: Innretning på pasienttilpasset basistilskudd

13.20 Pause

13.30 Sak 14/24 – Drøftingssak: Ventetidsløftet

14.15 Sak 15/24 - Ekstern høring: nasjonale faglige råd for bruker- og pårørendemedvirkning i rus- og psykisk helsefeltet

14.25 Avslutning v/ Jon Kirknes

Evaluering

14.30 Møteslutt

## Velkommen v/ Jon Kirkenes

Velkommen til ny fast representant fra Sametinget, Nora Kristine Grytøyr Nansmork. Hun var tidligere vararepresentant.

Det er meldt inn flere saker til dette møtet, og fire saker valgt ut av AU presenteres i dag. Olav Valen Slåttebrekk var i dette møtet stedfortreder for Bjørn Guldvog.

## Informasjon fra Helsedirektoratet v/ Olav Valen Slåttebrekk

Olav Valen Slåttebrekk orienterte kort om lanseringen av de nye kostrådene, basistilskudd for allmennlegetjenesten, influensasesongen, e-resept-saken og ventetidsløftet.

## Sak 11/24 Drøftingssak: Filming, lydopptak mm. i helse- og omsorgstjenesten

Fremmet av Helsedirektoratet, Divisjon juridisk, Avd. for helserett

### Bakgrunn

Helsedirektoratet jobber for tiden med å ferdigstille et rundskriv om bilder, film- og lydopptak i helse- og omsorgstjenesten. Rundskrivet bygger på [NOU 2019:10 Åpenhet i grenseland](#), og omhandler bl.a. pasienters og brukeres adgang til å filme, fotografere og ta lydopptak i helse- og omsorgstjenesten. Et utkast har vært [på høring](#) der det ble sendt til bl.a. helse- og omsorgstjenesten, fagforeninger og pasient- og bruker-organisasjoner. Nå innarbeider vi innspill fra høringen, og tar sikte på publisering før årsskiftet.

Flere av problemstillingene i rundskrivet berører pasienters og brukeres interesser når de har kontakt med helse- og omsorgstjenesten. Under høringen fikk vi omfattende innspill fra helse- og omsorgstjenesten, samt fra mediene, men ingen fra pasient- og brukerorganisasjoner. Vi er derfor interessert i å høre hvordan Brukerrådet ser på enkelte sentrale problemstillinger som er berørt i rundskrivet.

### Problemstilling til drøfting

- Hva er det viktigste; er det fritt å kunne dokumentere kontakt med – og opplevelser i – helse- og omsorgstjenesten gjennom filmopptak mv., eller er det å kunne ha kontakt med helse- og omsorgstjenesten uten risiko for å komme med på andres filmopptak mv.?
- Bør pasienter, brukere og pårørende kunne filme, gjøre lydopptak mv. i helse- og omsorgstjenesten bare når helsepersonellet eller institusjonen har gitt tillatelse til dette?
- Skal pasienter og brukere selv kunne bestemme om de vil delta i TV-produksjoner i helse- og omsorgstjenesten og fortelle sine historier, eller bør også helsepersonell som kjenner pasienten eller brukeren delta i avgjørelsen?

### Innspill fra Brukerrådet

- Skille produksjon og film privat
- Problemet er deling, hvem skal man ha tillatelse fra?

- Kan være gode grunner hos pasient /bruker
- Helsepersonell makt
  - **Overmaktsforhold- pasient blir ikke trodd**
  - hvordan pasienter er blitt dårlig behandlet, video kan vise at det er overgrep
  - Eksempel fra Frosta- hadde det hjulpet hvis noen hadde tatt opp lyd?
  - Viktig å se dette fra pasient sin side. Mange gode formål i å filme, dokumentere- makt- ubalanse
- **Kognitive vansker/eller situasjonsbestemt- hjelp til å huske**
- Helsepersonell- film hjemme til opplæring
  - Ved språkvansker har mange behov for at det filmes
  - Hvis informasjon skal formidles- spørre om det er greit at vi tar opp?
- **Helsepersonell har faglig ansvar- bør kunne tåle** – må være mulig for pasient/bruker/pårørende å filme
  - Helsepersonell bør gjøres klar over at de blir filmet, også uten at de blir spurt. Det må de godta
  - Holdninger hos helsepersonell- må venne seg til
- **Dokumentasjon- ikke bli trodd**
- **Selvråderett- det er ikke opp til helsepersonell**
- Viktig å forstå dette fra pasient/bruker-perspektiv
- Åpenhet- lever i 2024
- Filming – hjelp til personvern+ rådføre m/pårørende
  - Noen kan angre - da må opptak slettes
- Tillitsforhold er viktig
  - Å filme kan svekke tillit
  - ikke enten eller- må kunne dokumenter, men rett til ikke bli spredd og være med på andres opptak.
- Kan avtale at det kan tas opp for å huske
- **Oppmerksom på å sikre at man ikke kommer med på film**
  - Samisk perspektiv- når myndigheter snakker et spesielt språk, lett å identifisere hvis man filmer.
- Dialog+ informasjon
- Pasienten kommer først
- Ha mulighet for å filme
  - Mulighet for skjult/åpent opptak. Viktig at man snakker sammen og at man sier at det blir opptak
- Unntak for personvern- skjult opptak
- Barnevern, kriminalomsorg, helse – burde vært likt
  - Må ha ett type regelverk.
  - Opplever at rundskrivet åpner for lokale justeringer
  - trenger ett rundskriv som sier det samme, gjør det enklere hva som er lov og ikke lov
  - Mange ulike hensyn samtidige, vanskelige avveininger, handler om å avveie ulike hensyn, fortolkning av regler. Kan ikke lene seg bort fra regelverk.
- Holdninger ift. Sårbarhet
  - Mest sårbart ved kognitive utfordringer. Pasient må kunne komme først. pasientens helsetjeneste
- Unngå filming i fellesrom

- Bør være andre måter å regulere så man ikke får med andre pasienter.

Innspill TV-produksjon:

- Produksjonsselskaper har ansvar for å følge opp
- TV - produksjoner fra andre land, andre lover og regelverk?!
- Kan ikke nekte pasienter å delta i TV-produksjon

### Oppsummering, opptak

- Det er mange gode grunner til å ta opptak/filme konsultasjoner, både som dokumentasjon, av hensyn til å få med seg viktig informasjon og ved kognitive utfordringer
- Det er en maktubalanse mellom pasient/bruker og helsepersonell
- Brukerne må ha rett til å filme/ta opptak av egne konsultasjoner
- Tillitsforhold er veldig essensielt i behandlingssituasjon. Å filme kan svekke tillitten. Derfor er det viktig med dialog, spørre om det er greit at det tas opp
- Opptak kan ha nedkjølende effekt i konsultasjonen, men det også kan være en ønsket effekt. At helsepersonell opptre korrekt
- Helsepersonell er profesjonelle og det forventes at de tåler å stå i situasjonen
- Man kan ikke filme andre, må ivareta andre pasienters personvern, rett til å ikke bli med på andres opptak
- Det er ofte ikke opptaket som er problematisk, men delingen

### Oppsummering, TV-produksjon

- Pasienten kan selv bestemme fullt ut om hun/han ønsker å delta. Helsepersonell skal ikke beslutte det
- Helsepersonell kan selv bestemme om de selv er med i opptak

## Sak 12/24 Drøftingssak: Felles metode for kartlegging av funksjonsnivå/skrøpeligheit

Fremmet av Helsedirektoratet, Divisjon kommunale tjenester og beredskap

### Bakgrunn

Eldre med skrøpeligheit er en av fem prioriterte pasientgrupper for samarbeid i Helsefelleskapene og oppdraget er forankret i Nasjonal helse – og samhandlingsplan 2024 - 2027.<sup>1</sup> (se kap.4.4.4.)

Oppdragstekst: *Forskjeller i begrepsbruk og -forståelse kan være en barriere for god samhandling mellom kommuner og sykehus om pasientbehandling, ikke minst i samarbeidet om eldre med skrøpeligheit. Helsedirektoratet bes utarbeide forslag til en felles metode for å vurdere og beskrive funksjonsnivå og skrøpeligheit på. Forslaget må inkludere vurderinger av forutsetninger for implementering og ibruktageelse i klinisk praksis, herunder innføring i journalsystemer og øvrige digitale forutsetninger. Økonomiske og administrative*

---

<sup>1</sup> [Nasjonal helse- og samhandlingsplan](#)

*konsekvenser bes i denne fasen vurdert på et overordnet nivå. Relevante aktører i helse- og omsorgstjenesten skal involveres i arbeidet.*

Oppdraget har avhengigheter til flere andre oppdrag som Helsedirektoratet jobber med. Her kan nevnes oppdraget om en mer forebyggende helse – og omsorgstjeneste og deloppdraget under denne om å utarbeide faglige råd for å forebygge funksjonssvikt og skrøpelig og oppdraget om utskrivningsprosessen. Oppdraget må også sees inn mot "Bu trygt heime" reformen.

Fristen for leveransen er desember 2024.

På bakgrunn av innsiktsarbeidet har vi utarbeidet en foreløpig problemforståelse som kan oppsummeres med:

- Sykehus får mangelfulle, eller bruker ikke, opplysninger om funksjonsnivå ved innleggelse
- Kommunene får mangelfulle, eller bruker ikke, opplysninger om funksjonsnivå ved utskrivelse fra sykehus til kommune
- Manglende deling av informasjon om funksjonsnivå internt i kommune
- Manglende deling av informasjon om funksjonsnivå internt i sykehus

Identifiserte årsaker så langt er:

- Ingen felles metode for å formidle funksjonskartlegging mellom kommuner og sykehus
- Manglende kompetanse og rutiner om funksjonsvurderinger i sykehus og kommune
- Ikke etterspørsel etter funksjonsvurderinger. Ingen pressgrupper eller krav fra pasienter/brukere
- Kompleks kommunikasjon mellom aktørene i tjenestene

Konsekvensene av dette er over- og underbehandling ved sykehus og at feil tiltak eller tiltak i kommune settes i gang for sent. Konsekvensene av dette er økte behandlingstkostnader, økt sykdomsbyrde og redusert livskvalitet for eldre.

### Problemstillinger til drøfting

- Hvilke kommentarer har dere til det å utvikle metode for felles kartlegging av funksjonsnivå og hvordan bør pasient og pårørende involveres i kartlegginger?
- Hvilke kommentarer har dere til begrepene skrøpelig og iboende kapasitet?

### Innspill fra Brukerrådet

- Behov er stort, pasienter blir sendt rundt, store variasjoner
- Kommune -sykehus har for lite infodeling
  - **Informasjon skal følge mer med pasienten**
- Sykehus pålegg om å ikke være tydelig og skape forventninger til kommunene
  - Kommuner som har problem å oppfylle støtter seg på kommunal selvråderett.
- **Skrøpelig oppfattes negativt, kan ikke brukes- vende til noe positivt**
  - Et skrøpelig ord. Ord er makt
- **Nye begrep må forstås av pasient/bruker/pårørende**
  - Iboende kapasitet er bedre, men ikke godt nok
  - Ikke ta shortcuts for nye begreper
- Funksjonsnedsettelse – tvangsflytting

- Har man en funksjonsnedsettelse opplever vi en stor grad av tvangsflytting-diskriminerende
- Eldre er ganske friske- viktig å ikke få merkelapp
- **Involver bruker- og pårørendeorganisasjoner + frivillige**
- **Mer bruker- og pårørendemedvirkning i prosjektet**
- Kommunen er premissleverandør- sykehus har for stor makt
  - Spesialisthelsetjenesten og kommuner er ofte gode allianser når pasient skal tilbake til kommunen.
- Livskvalitet må komme fram. Mer bruker og pårørende medvirkning i prosjektet
- Kommunens evne til å følge opp?
  - Det er brukerne som må høres, kommunen må være premissleverandør for funksjonsvurderinger. Sykehus har for stor makt.
  - Hvem skal lage kartleggingen? -være tydelig
  - Personer med demens blir kastet rundt i systemet, for dårlig funksjonsvurdering
  - Stor forskjell i landet, kommunikasjon mellom kommune og spesialisthelsetjeneste
  - Lurer på kommunenes evne å følge opp tiltak for å øke vedkommende funksjonsnivå hvis behov for mer enn hjemmesykepleie.
- Helsefellesskap- hvilken rolle? -kan det forsinke prosessene (KS)
- Er det et økonomisk press? – Utskrivningsklare pasienter, samhandlingsreformen
  - Det blir mer utfordrende i framtiden- hvordan følge opp og organisere?
- Sykehus er gode til å gi beskjed om behov- men kan kommuner følge opp?
- Språk - at man har en innside forståelse, mange samiske eldre kan ikke norsk,
- Innvandrerbefolkningen- språk går fort nedover når man eldes- viktig å være bevisst på å ha tolk til stede

### Oppsummering

- Nødvendig å finne en felles måte å kartlegge på
- Mange eldre er ofte ganske friske- ikke få merkelapp med skrøpelighet
- Skrøpelighet er et skrøpelig ord. Ord er makt, må finne nytt begrep
- Nytt begrep må forstås av pasient/bruker/pårørende. Spørsmål om "iboende kraft" kan forstås
- Involver bruker/pårørendeorganisasjoner+ frivillige.
- Mer bruker- og pårørendemedvirkning i prosjektet
- Helsefellesskap- hvilken rolle skal de ha?
- Innvandrerbefolkningen- språk går fort nedover når man eldes- viktig å være bevisst på å ha tolk til stede
- Samisk kontekst- samisk språk - viktig at man har språk- og kulturforståelse, mange samiske eldre kan ikke norsk

## Sak 13/24 Drøftingssak: Innretning på pasienttilpasset basistilskudd

Fremmet av Helsedirektoratet, Divisjon Helseøkonomi og personell, avd. Helserefusjoner

### Bakgrunn

Direktoratet har hatt en rekke store oppdrag siste året som en oppfølging av Ekspertutvalgets anbefalinger, knyttet til organisering, regulering og finansiering av fastlegeordningen. Denne siste del-leveransen handler om innretningen på pasienttilpasset basistilskudd, grunntilskudd og utjamningstilskudd. Oppdragstekst med leveransefrist 1.10.:

*Konkret gis direktoratet i oppdrag å konkretisere og komme med forslag til innretning på:*

1. *Innretning av pasienttilpasset basistilskudd; herunder:*
  - a. *Bruk av diagnosedata som grunnlag for variabel for helsetilstand*
  - b. *Sikre at modellen i tilstrekkelig grad fanger opp psykisk sykdom og –*
  - c. *- behovene til flyktninger/asylsøkere/utlendinger med tolkebehov*

### Status

Fastlegene har i all hovedsak tre inntektskilder: takstoppgjør med Helfo, egenandeler fra innbyggerne og basistilskudd fra kommunene. Fra 1. mai 2023 ble basistilskuddet endret til *pasienttilpasset basistilskudd* basert på listeinnbyggerens kjønn, alder og egenandeler. Hver måned beregnes alle innbyggers bruk av fastlegetjenester siste 12 måneder, og alle tilordnes riktig sats. Fra samme tid ble den samlede rammen for basistilskudd økt med om lag 0,7 milliarder kroner i helårsvirkning. Det er planlagt en evaluering av den nye ordningen våren 2025.

Mål: Det uttalte målet med pasienttilpasset basistilskudd er å kompensere fastlegene for arbeidskrevende lister, og legge til rette for bedre oppfølging av enkelte pasientgrupper.

Målgrupper: Pasientene, fastlegene og kommunene.

### Problemstillinger til drøfting

Anbefalingen er å ikke bruke diagnoser i takstmodellen. Det kan være ønskelig å sikre at pasienter med særlige behov blir fulgt opp mer av fastlegene, og særlig overfor de med psykisk sykdom – og dette er bakgrunnen for oppdraget om å vurdere diagnoser i modellen.

- Hvilke innspill og refleksjoner har dere til denne anbefalingen?
- Hvordan kunne diagnoser i modellen vært til nytte for pasientene og for fastlegene?
- Hvordan kan bruk av diagnoser føre til uønsket og skjulte prioriteringer?

### Innspill fra Brukerrådet:

- **Bra med anbefaling**
  - Oslo economics rapport: Dagens basistilskudd, godt og rettferdig system
  - Ikke tilrådelig å innføre basistilskudd tilknytning til diagnose, har begrenset effekt,
  - Risiko for skjevvridding
- Alder
  - Funksjonsnivå
  - Område med mange eldre – bra helse og levekår
  - Grunnkrets er mindre enn kommune

- De med høy levealder betyr høye sosioøkonomiske levekår, er det tatt med?
- Innvandrere
  - Sosioøkonomiske faktorer
  - Alder?
  - Er det tatt i betraktning å være innvandrer født og oppvokst i Norge eller nylig innvandrer?
  - Psyk helse hos flyktninger- behov for oppfølging etter ett år
  - Flyktninger oppsøker lege mindre/ for sent
  - Innvandrere har bedre helse når de kommer enn etter å ha levd i Norge lenge.
- **Pårørende- oppfølging fastlegen?**
  - Nederland har lagt pårørende inn i modulen
  - Hvordan får vi bedre oppfølging av fastlegen gjennom dette? -ref. pårørende og barn som pårørende
  - Hvordan får fastlegene rammer til å behandle de som er ekstra krevende?
- Har dere sett på alternative løsningsforslag?
- Lønner det seg for fastlegen å sykemelde enn å tilby behandling?

### Oppsummering

- Ikke tilrådelig å innføre basistilskudd tilknytning til diagnose, har begrenset effekt, oslo economics som har kommet til samme konklusjon. Dagens basistilskudd gir et rettferdig og godt system
- Innvandrere har bedre helse når de kommer enn etter å ha levd i Norge lenge
- Er det tatt i betraktning å være innvandrer født og oppvokst i Norge eller nylig innvandrer?
- Psykisk helse hos flyktninger- behov for oppfølging etter ett år
- Mulighet for å legge til rette for mer tid
- Det må legges til rette for pårørende- oppfølging hos fastlegen.



## Sak 14/24 Drøftingssak: Ventetidsløftet

Fremmet av Helsedirektoratet, Divisjon Analyse og informasjonstjenester

### Bakgrunn

Etter 2019 har ventetidene for planlagt behandling i spesialisthelsetjenesten økt betydelig. Fra august 2019 til august 2024 har gjennomsnittlig ventetid for personer som har fått påbegynt helsehjelp økt fra 68 til 83 dager. Gjennomsnittlig ventetid er lengst for pasienter med somatiske sykdommer, særlig øyesykdommer (107 dager), habilitering av barn- og unge (105 dager) og plastikk-kirurgi (105 dager)<sup>2</sup>.

I Oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2024, fikk RHF-ene i oppdrag å redusere ventetidene. Hittil i 2024 har likevel ventetidene fortsatt å øke.

For å snu trenden har Regjeringen nå startet et partssamarbeid for å få nedgang i gjennomsnittlig ventetid. I partssamarbeidet inngår Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), Fagforbundet, Norsk Sykepleierforbund, Den norske legeforening, Delta, Psykologforeningen, Spekter, Virke, NHO Geneo, Helse Midt-Norge RHF, Helse Nord RHF, Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF. Målet med partssamarbeidet er å legge til rette for at ventetidene i sykehusene reduseres – både på kort og lang sikt. Samarbeidsdokumentet for partssamarbeidet peker på tiltak knyttet til både personell, innovasjon og samarbeid. Det fremgår av samarbeidsdokumentet at ekstrainsats, som kvelds- og helgeåpne poliklinikker, er relevante tiltak i noen sammenhenger, og skal baseres på frivillighet fra helsepersonellet sin side.

Analysene av ventetid viser at ventetiden har økt mest for de som venter lengst. For halvparten av pasientene (medianen), har ventetiden økt med 9 dager fra 2019 til 2024, men for de 10 prosentene med lengst ventetid, har ventetiden økt med 36 dager i denne perioden.

I tilknytning til Ventetidsløftet, er Helsedirektoratet bedt om å analysere om tiltakene som gjennomføres får utilsiktede konsekvenser. For å følge med på utilsiktede konsekvenser, følger Helsedirektoratet for eksempel med på om det er en økning i antallet avviste pasienter (henvisningen fra fastlege avvises). Vi ser at det er en økning i avviste henvisninger i 2024, særlig innenfor psykisk helsevern. Dette forklares i noen grad av at det nå pågår en samordning av ventelister mellom avtalespesialister og sykehus/DPS, som gjør at noen flere av pasientene som henvises til avtalespesialistene blir avvist.

Helsedirektoratet følger også med på om et stort fokus på ventetider kan få utilsiktede konsekvenser for noen pasientgrupper, ved for eksempel at pasienter som har ventet lenge fordi de har en tilstand som er gitt lang behandlingsfrist til start helsehjelp blir håndtert tidligere enn pasienter med mer alvorlige tilstander som haster mer.

Gjennomsnittlig ventetid måles i dag per definisjon fra dagen da henvisningen sendes (fra fastlege) til helsehjelp startes (første konsultasjon på sykehuset eller hos avtalespesialist).

---

<sup>2</sup> Ventetid etter fagområder per 1. tertial 2024.

Gjennomsnittlig ventetid for påbegynt helsehjelp gir derfor liten informasjon om hva som skjer senere i pasientforløpet.

#### Problemstillinger til drøfting:

- Hvilke ulike forhold bør Helsedirektoratet være spesielt oppmerksomme på, som kan være eller bli en utilsiktet konsekvens av Ventetidsløftet.

#### Innspill fra Brukerrådet

- Stå på venteliste – ikke reelt sykehusvalg - "Fagkamp" mellom sykehus
- **Høreapparat- ventetid i helse + NAV-** forsinker helsehjelp, ventetid påvirker motivasjonen
- Gjelder også andre hjelpemidler
- Oppdateres på nett?
- Forhandle oppgavedeling?
- Bra at det følges med
- Manglende info om de ulike gruppene
- **Partssammensatt- ikke bruker/pasient/pårørende- bør være en del av de partene som er viktige**
- Definisjon ventetid- ikke bra- spesielt for noen grupper. Ventende sendes til "regionale sentre" som "mørklegger" situasjonen
  - Viktig perspektiv; ventetid til faktisk behandling
  - Behov for mer treffsikre tall på ventelister på Helsenorge
  - Ønske om venteliste-statistikk
  - Fanger ikke opp alle områder, erfaringer fra kjønnsinkongruens
  - Øyelidelser og behandling av barn kommer dårlig ut
- Utviklingshemmede, funksjonshemmede, autisme- ventetid er kritisk
  - Store ringvirkninger for familier
  - Voksne- flere får direkte avslag
  - Øker presset på akutt
  - Øker medikamentbruk
  - Forlengelse av mulighet til språkutvikling.
- Tannbehandling i narkose- lang ventetid
- Mangler likeverdig tilbud på poliklinikk mangler og kompetanse, for eksempel autisme i somatiske tjenester
- Enorme skjevheter, geografisk og pasientgrupper
  - Treffer ikke de reelle behovene. Kan hende at det haster mer for et barn
- Innsats bør settes inn der problemet er størst, ikke smøre ut over hele landet
- Ingen opplever at ventetid går ned, alle opplever opp
- Voksne opplever direkte avslag fra fastlege, vanskelig å måle
- Det koster penger å henvise til andre sykehus
- Noen sender ikke videre til andre sykehus- fordi de er "spennende case" - hvordan fungerer det?
- Hva er de tre viktigste grunner til at ventelister har økt?
- Ventetidsløftet må ikke føre til at frister overstyrer gode faglige vurderinger. Ventetidene må ned, men ikke på bekostning av helse dersom ressursene ikke er på plass.

### Oppsummering:

- Bruker- og pårørendeorganisasjonene har ikke sittet i utvalget, forstår ikke at vi ikke er tatt med i partssammensatt gruppe
- Bra at det følges med
- Lange ventetider i seg selv er veldig utmattende
- De tre viktigste årsakene til økning i ventelistene: Post pandemi, høyt sykefravær og produktivitet har flatet ut. Ikke økning i henvisninger
- Høreapparat- ventetid i helse + nav- forsinker helsehjelp, ventetid påvirker motivasjonen og helsen, dette gjelder også andre hjelpemidler
- Organisasjonene har løsninger som kan bidra, mange mister motivasjonen og trekker seg fra køen
- Oppdateres på nett? Ønsker ventelistestatistikk
- Definisjon av ventetid er ikke den reelle ventetiden på behandling

## Sak 15/24 Orienteringssak: Ekstern høring: nasjonale faglige råd for bruker- og pårørendemedvirkning i rus- og psykisk helsefeltet

Alle organisasjonene i Brukerrådet oppfordres til å se på denne høringen selv om fokuset er psykisk helse og rus. Bakgrunns-kapittelet inneholder mange aktuelle begreper for alle grupper. Det ønskes også tilbakemelding på det som er bra.

Høringsfrist er 20.10.24.

Lansering av de faglige rådene planlegges til våren. Ta kontakt med Karin Yan Kallevik hvis spørsmål.

Link til høringssiden: [Nasjonale faglige råd for bruker- og pårørendemedvirkning i rus- og psykisk helsefeltet - Helsedirektoratet](#)

### Avslutning v/ Jon Kirknes

AU fikk positiv tilbakemelding om god forberedelse av sakene. Det er av stor verdi at vi forbereder sakene så godt og spisser problemstillingene. Og det er positivt at så mange fra ledelsen er til stede.

### Møtedatoer for Brukerrådet i 2025

Workshop med ledelsen	29.01.25
Møte nr. 1	26.03.25
Møte nr. 2	04.06.25
Møte nr. 3	24.09.25
Møte nr. 4	26.11.25

## Deltakerliste 25.09.24

Brukerorganisasjon/ sammenslutning	Medlem	Vara
FFO/Epilepsiforbundet	Avbud	
FFO/Hørselshemmedes landsforbund	Bernt-Aksel Jensen	
FFO/LHL	Avbud	
FFO/Autismeforeningen	Annette Drangsholt	
FFO	Arnfinn Aarnes	
Pensjonistforbundet	Ola Johan Basmo	
Nasjonalforeningen for folkehelsen	Tone Poulsson Torgersen	
Kreftforeningen	Jon Kirknes	
Unge funksjonshemmede	Asgeir Fagerli Langberg	
Voksne for barn	Signe Horn	
SAFO	Janne Skei	
Pårørendealliansen	Avbud	
Utvalget for flerkulturelle minoriteter	Avbud	
LIN - Likestilling, Inkludering og Nettverk	Ingvild Kallevik	
BrukerRoP/Mental helse	Avbud	
FRI	Christine Marie Jentoft	
Oppnevnt fra Sametinget	Nora Kristine Grytøyr Nansmork	
BrukerRoP/BaR	Marius Sjømæling	
Pasient- og brukerombudene	Jannicke Bruvik	
Observatør fra NAV	Avbud	
Ledelsen i Helsedirektoratet	Olav Valen Slåttebrekk Helen Brandstorp Helga Katharina Haug Sissel Husøy Bente Andersen Sundlo Hilde Myhren	
Sekretariatet fra Helsedirektoratet	Karin Yan Kallevik Bjørnar Allgot Anne Hartvedt	